



ILUSTRE
MUNICIPALIDAD
DE LOTA

BES/CPV/YSS/lpv

APRUEBA ACTUALIZACION DE CONDICIONES DE EJECUCION AÑO 2023 PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES, ENTRE EL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOTA

Lota, 17 de abril del 2023

DECRETO D.S.M. Nº **417**

VISTOS:

Resolución Exenta Nº 2323 de fecha 12.04.2023 que aprueba Actualización de condiciones "Convenio programa más adultos mayores autovalentes comuna de Lota", suscrito entre el SERVICIO DE SALUD CONCEPCION, y la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOTA, y en uso de las facultades que me confieren los Arts. 12° y 63° del D.F.L. Nº 1/2006, que refunde la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébase Actualización de condiciones "Convenio programa más adultos mayores autovalentes comuna de Lota" de fecha 12.04.2023, suscrito entre el SERVICIO DE SALUD CONCEPCION, y la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOTA.

2.- Mediante el presente instrumento, El **SERVICIO DE SALUD CONCEPCION** se obliga a transferir a la I. Municipalidad de Lota, la suma anual y única de **\$41.269.754 (cuarenta y un millones doscientos sesenta y nueve mil setecientos cincuenta y cuatro pesos)**.

3. Impútese el gasto que genere el cumplimiento del presente Convenio a la **Cuenta Contable 215-21, 215-22 y/o 215-29 "adultos mayores autovalentes"**.

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



JOSE MIGUEL ARJONA BALLESTEROS
SECRETARIO MUNICIPAL



BERNARDO BENITEZ VEGA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL

Distribución:

- C/c Archivo Alcaldía
- C/c Encargada de RRHH DAS
- C/c Encargado(a) adquisiciones DAS
- C/c Encargada Financiera Convenios, Srta. Yenny Sánchez Salinas.
- C/c Referente Técnico DAS, Sr. Luis Pincheira V.
- C/c Archivo Secretaría DAS



SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL
DPTO. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

DR. JGM/SR.CMH/E.U.V.V/C.A.EGR/jra

MAT.: ACTUALIZA CONDICIONES DE EJECUCION AÑO 2023, PROGRAMA "MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES" EN VIRTUD CON LA MUNICIPALIDAD DE LOTA.

RESOLUCIÓN EXENTA 2.R _____ /

CONCEPCIÓN, 12 ABR. 2023 -- 2323

VISTOS:

1. Lo establecido en el D.F.L N°1/2005 del Ministerio de Salud, que aprobó el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2763/79, leyes N°18.933 y N°18.469.
2. D.S N°140/05 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.
3. D.F.L N°1 del año 2001 que Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración Del Estado.
4. Resolución N°7/2019 y N°14/2020 ambas de la Contraloría General de la República.
5. Decreto Afecto N°48/13.12.2022, que nombra a D. Víctor Rafael Valenzuela Álvarez como Director de Servicio de Salud Concepción.
6. Ley de presupuesto de la Nación para el año 2023, Ley 21.516 de fecha 20.12.2022.
7. De conformidad a lo anterior, dicto lo siguiente:

CONSIDERANDO:

1. Que la ejecución de los programas de reforzamiento de Atención Primaria, tienen por fundamento la promoción y prevención la salud de la población. Es por esto que siempre nos motivan los siguientes objetivos:
 - a) Dar continuidad a los programas de reforzamientos de Atención Primaria de Salud, considerando especialmente el recurso humano asociado a cada uno de ellos.
 - b) Otorgar a la población beneficiaria las prestaciones de salud en forma oportuna y de calidad que amerita.
 - c) Anticipar la transferencia de recursos a las entidades administrativas de establecimientos de Atención Primaria de Salud.
 - d) Optimizar el eficiente y eficaz uso de los recursos públicos dentro del ejercicio presupuestario correspondiente.
2. Que, por otra parte, la ejecución de estos programas se encuentra sometida al cumplimiento de procedimientos y normas legales, como es la ley de presupuestos del sector público; las normas de administración financiera del Estado; dictámenes de Contraloría General de la República, entre otras. En este sentido, preciso es recordar que, la Ley de presupuesto del sector público del año 2022, en la letra c) del párrafo segundo, del artículo 23°, señala: "Los convenios no podrán establecer compromisos que excedan el ejercicio presupuestario, salvo que cuenten con la autorización previa de la Dirección de Presupuestos", y luego en el párrafo sexto indica que: "Tratándose de transferencias al sector público, los actos administrativos del servicio que efectuó la transferencia deberán contemplar, a lo menos, el objeto de la transferencia, los conceptos de gastos a los que se destinarán estos recursos así como el plazo de reintegro de los recursos no utilizados.
3. Que, por su parte el artículo 7° de la citada ley señala: "Con todo, los saldos de recursos transferidos no utilizados por los organismos receptores deberán ser ingresados a rentas generales de la Nación antes del 31 de enero del año siguiente";.
4. Que, con fecha 22 de febrero de 2021, entre el SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN y la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOTA se suscribió el <CONVENIO PROGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES COMUNA DE LOTA, AÑO 2021>>, aprobado por Resolución Exenta N°1641 de fecha 23 de marzo de 2021, del Servicio de Salud Concepción; a través del cual el Servicio de Salud, acordó asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar programas de reforzamiento de Atención Primaria en Salud (PRAPS) en él individualizados.
5. Que, el referido convenio, incluyó pacto de prórroga automática, señalando el efecto: <<(…) las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del sector público del año respectivo, sin perjuicio de término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden su finalización por motivos fundados. La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una Resolución que establezca las metas y recursos financieros disponibles para el nuevo período.
6. Que, con fecha 08 de febrero de 2021, el Ministerio de Salud dictó la Resolución Exenta N°161, que aprueba el programa MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.

7. Que, con fecha 02 de febrero de 2021, el Ministerio de Salud dictó la Resolución Exenta N°24, que distribuye los recursos del programa MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.
8. Que, mediante Resolución Exenta N°8196 de fecha 30 de diciembre 2021, se reconoció su prórroga para el año 2022.
9. Que, se en virtud de la prórroga automática del presente convenio, así como lo señalado en la cláusula décima segunda del convenio primitivo, se hace necesario actualizar las condiciones de ejecución para el año 2022, del programa "más adultos mayores autovalentes" suscrito con la Municipalidad de Lota, aprobado mediante Resolución Exenta N°1673 de fecha 14 de marzo 2022.
10. Que, con fecha 30 de noviembre de 2022 de Jefa de División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, informa que la totalidad de Programas de Reforzamiento de la APS tendrán continuidad para el año 2023, con la única salvedad de programa pero para establecimientos dependientes.
11. Que, con fecha 01 de diciembre de 2022 de Jefe de Atención Primaria en el Servicio de Salud Concepción, indica realizar las resoluciones de prorrogas automáticas de los PRAPS para el año 2023, cuando sea aprobada la Ley de presupuesto de la nación.
12. Que, la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de Ordinario N°4530, de fecha 20 de diciembre de 2022, informe sobre la continuidad de los programas de reforzamiento de Atención Primaria para el año 2023.
13. Que, esta autoridad cuenta con facultades para adoptar una decisión como la de la especie, la que incide en razones demérito, oportunidad y conveniencia para los fines del servicio.
14. Que, mediante Resolución Exenta N°8949 de fecha 29 de diciembre de 2022 se reconoció su prórroga para el año 2023.
15. Que, con fecha 03 de febrero de 2023, el Ministerio de Salud dictó la Resolución Exenta N°67, que distribuye los recursos del programa MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.
16. Que, con fecha 17 de febrero de 2023, el Ministerio de Salud dictó la Resolución Exenta N°154, que aprueba el programa MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES.
17. Que, con fecha 08 de marzo de 2023 de encargada técnica del programa en el Servicio de Salud Concepción, sobre la indicación en elaboración de los convenios pertinentes y la distribución respectiva.

RESUELVO:

1.- **ACTUALICESE** las condiciones de ejecución para el año 2023, del programa "más adultos mayores autovalentes" en virtud de convenio suscrito con la Municipalidad de Lota, en el siguiente sentido y alcance:

Cláusula cuarta: modifica monto a transferir.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud asigna recursos, a la Municipalidad por la suma anual **\$41.269.754**(cuarenta y un millones doscientos sesenta y nueve mil setecientos cincuenta y cuatro pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del programa suscrito.

Municipalidad	Población 60 años y más a intervenir	N° de duplas	Recursos Humanos Año 2023 Subtítulo 24		Insumos 2023 Subt. 24	Capacitación 2023 Subt. 24	Movilización 2023 Subt. 24	TOTAL 2023 Subt. 24
			N°1	N°2				
Lota	500	1	37.388.249	1.290.389	727.562	1.190.565	672.989	41.269.754

Cláusula quinta: modifica fundamentación, propósito, objetivos, componentes y estrategias.

QUINTA: 1.- FUNDAMENTACION

El fomento del envejecimiento activo y del envejecimiento saludable, indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), aluden directamente al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez y que son promovidos a través de ambos componentes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para las personas mayores en forma individual y colectiva.

El Programa aborda el ejercicio de la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor, las que están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, favoreciendo la calidad de vida y obstaculizando la aparición de cambios biopsicosociales significativos en la vejez (Duran D. & Cols. 2008 ISSN 1657-9267). El Programa previene además efectos como la disminución en la capacidad funcional mediante la intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado en ambos componentes y el afrontamiento positivo de la vejez cuando el adulto mayor cuenta, entre otros, con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares y acceso a la atención en salud (Pérez & García, 2003).

2. PROPÓSITO

Prolongar la autovalencia de las personas mayores para contribuir a mejorar su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para enfrentar el envejecimiento.

3. OBJETIVO GENERAL

Mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la capacidad funcional individual y comunitaria para enfrentar el proceso de envejecimiento.
2. Capacitar a Líderes Comunitarios de las organizaciones sociales locales en Autocuidado y Estimulación Funcional de las personas mayores.
3. Fomentar el desarrollo de la red local para el abordaje del envejecimiento y el Fomento del envejecimiento activo y Positivo.

5. COMPONENTES

5.1. COMPONENTE 1: INTERVENCIÓN SOCIOSANITARIAPROMOCIONAL Y PREVENTIVA PARA MANTENER Y/O MEJORAR LA CONDICIÓN FUNCIONAL (Ex Programa de Estimulación Funcional)

El objetivo de este componente es entregar el servicio de estimulación funcional y autocuidado grupal a las personas mayores (PM) que cumplen con los criterios de ingreso al programa, mediante una intervención sociosanitaria realizada por la dupla del programa.

Dura 3 meses e implica dos sesiones mixtas semanales de 90 a 120 minutos de duración cada una, facilitadas por una dupla profesional formada por un(a) kinesiólogo y un(a) terapeuta ocupacional.

Requiere la realización de estrategias para dar continuidad en el hogar, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con el reforzamiento de los contenidos tratados en los tres talleres, procurando la participación activa del adulto mayor en su proceso de aprendizaje y la modificación de hábitos para la incorporación de actividades de autocuidado como la estimulación funcional, estimulación cognitiva y participación social como factores protectores de la salud dentro de su rutina cotidiana.

Cada sesión mixta incluye una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas y una sesión del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas o una sesión del Taller de Estimulación de Autocuidado o Estilos de Vida Saludable.

Estas sesiones deben desarrollarse con actividades que involucren aspectos de estimulación física, cognitiva y autocuidado en forma simultánea, propiciando la integración de contenidos en las personas mayores y el trabajo conjunto entre la dupla profesional. Al mismo tiempo se espera, que con el transcurso de las sesiones los participantes desarrollen en forma progresiva un rol protagónico, para favorecer posteriormente la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en forma autónoma dentro de las organizaciones.

Los grupos de PM intervenidos, se conforman de distintas maneras reconociéndose al menos las siguientes posibilidades de grupos: formado exclusivamente por PM participantes de una misma organización; por PM sin relación previa entre sí, derivadas por equipo de salud, intersector o comunidad; en forma mixta, en la que una parte del grupo pertenece a una organización y otra corresponde a personas derivadas desde los diferentes sectores.

Las PM manifiestan la voluntariedad de ingreso y participación mediante la firma del Compromiso Informado. En el caso de las organizaciones sociales se deberá también dejar constancia por escrito de la voluntariedad de la participación en el programa y el compromiso en

el desarrollo de las actividades, dentro de un proceso de entrega y recepción respecto del funcionamiento del programa.

Las personas mayores son evaluadas al ingreso y al egreso del programa con el Cuestionario de Funcionalidad y el Test Timed Up And Go. Al inicio de la intervención se presenta a cada grupo los objetivos del programa y se determina con las PM los aspectos a abordar dentro de este componente, teniendo en consideración sus necesidades e intereses, para la pertinencia de las actividades a desarrollar. El proceso de estimulación funcional y autocuidado grupal, se compone de un total de 24 sesiones mixtas, en las que se reúne intervención funcional motora, cognitiva y de autocuidado. La metodología de desarrollo del programa es la de Educación Popular y Aprender Haciendo descrita en los documentos técnicos. Dentro de estas sesiones también participa el equipo de salud y servicios locales, para abordar el autocuidado y bienestar en forma integral. Existe un documento de apoyo denominado Cuadernillo del Participante y un Manual para los equipos del Programa.

Se incentiva la participación de las PM y el progresivo avance para la adquisición de rutinas de ejercicios de estimulación funcional y autocuidado, mediante actividades colaborativas facilitadas por las PM. Esto además de potenciar los logros alcanzados, permite identificar a líderes para el componente 2. Este componente contempla una evaluación participativa respecto a la percepción de las personas mayores sobre los talleres y sus propuestas de mejora, que consiste en diferentes técnicas para facilitar el diálogo, la identificación y priorización de opiniones y propuestas de los participantes. El programa aporta el financiamiento de RRHH e insumos para los talleres y elementos para la comunicación con las PM y el confort de las sesiones.

Este componente se desarrolla en espacios preferentemente comunitarios, considerando el apoyo local de las comunidades e intersector en la gestión de los mismos y **en horarios diferidos según la dinámica de cada comunidad**, favoreciendo la participación de las personas mayores que desempeñan roles de cuidado y productivos, que no cuentan con la disponibilidad horaria para asistir en el horario habitual de funcionamiento de los centros de salud.

En cada comuna en que se realiza el programa debe realizar un diagnóstico de situación y diagnóstico participativo para definir en qué temas y en qué forma se capacitarán los líderes comunitarios de las organizaciones sociales participantes del Programa en el Componente 2. Además, en el Componente 1, los talleres son planificados en forma participativa sobre temas de interés de las personas mayores, promoviendo su participación en la selección de temáticas y en la planificación de los talleres y, al finalizar cada ciclo de intervención se realiza una evaluación participativa para retroalimentar el Programa e introducir mejoras.

5.1.1 Etapas de la intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional. Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

5.1.1.1. Planificación y Programación de las sesiones

La planificación y programación del programa, debe ser participativa considerando los intereses, necesidades y propuestas manifestadas por las personas mayores. Para finalizar un ciclo de Estimulación Funcional, se deberá considerar el desarrollo total de 24 sesiones mixtas y la duración determinada para cada uno de los ciclos en un período ideal de tres meses.

Los que deben velar por la coordinación con el equipo de salud y en el intersector. Debe propender a la adquisición por parte de las personas mayores de una rutina básica de ejercicios, actividades o técnicas para efectuar en el hogar o en las actividades dentro de sus organizaciones sociales, para su mantención y/o mejora funcional.

La realización de los talleres del programa se realizará en espacios preferentemente comunitarios ubicados en sectores geográficos cercanos y accesibles a la población correspondiente al centro de salud. Se deberá contar con un mecanismo efectivo de aviso ante situaciones de ausencia y suspensión y reprogramación de actividades.

El horario de realización del programa se ajustará a las necesidades locales tanto de las personas mayores que participan en organizaciones sociales intervenidas como de aquellos que no participan y/o que deben realizar otras actividades. Por lo anterior el programa se desarrollará en el horario habitual del centro de salud, incluyendo el horario de 17 a 20 horas, facilitando la participación de las personas mayores que no pueden acudir en otro horario a las actividades.

5.1.1.2. Ingreso de las personas mayores a la Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional:

El Ingreso de los participantes al Programa implica un proceso de información sobre el programa y las actividades asociadas, la constatación del Examen de Medicina Preventiva vigente y Controles Cardiovasculares* al día o la gestión con el centro de salud para su realización.

La actividad de Ingreso puede realizarse en la primera sesión mixta del componente y comprende la valoración funcional inicial de ingreso al programa, efectuada con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para ello y que permita la comparación con los resultados al egreso del programa.

La actividad de Ingreso debe consignarse en la Ficha Clínica del usuario por la dupla profesional y en el Registro Estadístico Mensual que aporta información estadística al programa. Deben considerarse como ingreso a aquellas personas mayores que tengan su Examen de Medicina Preventiva Vigente y/o Control Cardiovascular al día y hayan firmado el Compromiso Informado.

En caso de no contar con el Examen de Medicina Preventiva vigente, el establecimiento o comuna beneficiaria del programa deberá gestionar con prontitud la evaluación de la persona mayor por parte del equipo de salud, **no debiendo ser mayor a 21 días la realización del examen una vez pesquisada la falta de éste.** Se deberá también considerar otras estrategias que mejoren el acceso y la oportunidad a este examen, que forma parte de las prestaciones establecidas para los centros de Atención Primaria y debe ser realizado por otros integrantes del equipo de salud diferentes a los del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, quienes deben dedicarse a las prestaciones propias del programa.

Cada establecimiento donde se desarrolle el Programa deberá contar con un esquema de atención de personas mayores, dentro del que se consignent las formas de acceso al programa Más Adultos Mayores Autovalentes y las posibles derivaciones al egreso o durante el programa. Las personas pueden ingresar al programa una vez por año, favoreciendo posterior al egreso del Programa, la mantención o incorporación a las organizaciones sociales capacitadas en el componente 2 para dar continuidad a la intervención y la participación en actividades para el fomento del envejecimiento activo.

5.1.1.3. Desarrollo de la Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional

Este será desarrollado por ambos profesionales, quienes actuarán de facilitador principal y colaborador según la actividad desarrollada, debiendo permanecer presentes y participando durante todo el desarrollo de la sesión mixta y estar atentos ante las dificultades de las personas mayores que participan, relacionadas con la comprensión, ejecución o con descompensaciones físicas, cognitivas o emocionales. Se espera que los talleres contenidos en este programa se desarrollen en forma íntegra durante 24 sesiones, en modalidad de intervención multicomponente, entendiéndose que la funcionalidad física y cognitiva están íntimamente relacionadas.

Se considera un número promedio de 12 participantes por sesión. Por lo anterior las duplas pueden trabajar con organizaciones sociales con mayor cantidad de integrantes y también con grupos más pequeños con un mínimo de 10 personas.

Frente a restricciones en el número de participantes en las actividades del programa, debido a la existencia de aforos específicos, se deberá procurar la adecuada gestión de espacios, favoreciendo la intervención sociosanitaria grupal, la comunicación con las personas mayores y el resguardo de las medidas para prevención de contagio por COVID-19 u otro.

En caso de restricciones severas que limiten el desarrollo normal del programa, este deberá mantener la comunicación con las personas mayores y la intervención de las mismas mediante otros métodos entre los que se incluyen el contacto y la intervención remota, la entrega de material para estimulación funcional, visitas domiciliarias y el respectivo y continuo seguimiento y monitoreo de las personas mayores.

Las sesiones se desarrollarán en un clima de amabilidad y respeto entre la dupla profesional y las personas mayores. Las actividades educativas y de estimulación funcional desarrolladas por el programa deberán basarse en el Enfoque de Educación Popular, metodologías participativas y la metodología del Aprender Haciendo, procurando un aprendizaje desde la propia experiencia y experimentación de las personas mayores, el refuerzo de contenidos teórico-práctico de autocuidado y estimulación funcional por parte de la dupla profesional y la puesta en práctica de los conocimientos, habilidades y estrategias aprendidas en los talleres en el hogar y en las situaciones cotidianas de los participantes de los talleres.

5.1.1.4. Egreso de las personas mayores de la Intervención Sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional

Cada ciclo debe alcanzar un total de 24 sesiones mixtas de los talleres, para la incorporación de los cambios de hábitos esperados relacionados con el autocuidado y la mantención y/o mejora funcional del adulto mayor. Luego de haber completado la Estimulación Funcional (24 sesiones mixtas), las personas mayores serán egresadas del Programa y vinculadas a la red local capacitada en Estimulación Funcional, según sus intereses.

En caso de presentar inasistencias a las sesiones comprometidas por parte del adulto mayor, para considerarse egresado, debe al menos haber participado en 20 de 24 sesiones mixtas del componente de Estimulación Funcional.

El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes establece un período de intervención de 24 sesiones, realizadas en un período de 12 semanas o 3 meses, con una frecuencia de 2 sesiones mixtas semanales. La realización de ciclos de intervención del componente 1 con menor cantidad de sesiones y en períodos de tiempo menores y mayores de este periodo, corresponde a un incumplimiento del programa.

En el egreso se evaluará al adulto mayor con la escala HAQ-8 modificada para el programa y el Test Timed Up and Go, cuyos resultados serán registrados en el instrumento diseñado para este fin y que permita la comparación con los resultados obtenidos al inicio del programa, procediendo su registro tanto en Ficha Clínica como en el Registro Estadístico Mensual.

En relación a la evaluación grupal, cada cierre de ciclo deberá considerar una evaluación participativa con los integrantes, con fines de retroalimentar las estrategias de intervención del equipo en pro de una mejora constante del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes a nivel local. Esta evaluación participativa busca conocer la percepción de los participantes en cuanto a su aprendizaje, adquisición de nuevas herramientas para su Autocuidado y Estimulación Funcional y sugerencias de mejoras a incorporar en el Programa, en cuanto a contenidos a tratar, formas de trabajo, materiales empleados, difusión, etc.

Con respecto a los abandonos del Programa, se considerará egreso por abandono cuando una persona mayor luego de dos veces seguidas de inasistencia, no asiste a dos citaciones de rescate, sin excusarse ni informar al equipo. En caso que la persona informe que por motivos personales o de salud debe interrumpir el programa, deberá acordarse un mecanismo de contacto para informar respecto del retorno a las actividades, promoviendo su participación una vez resuelta la situación, no correspondiendo considerarlo como un nuevo ingreso.

Para las prácticas seguras durante el programa, bioseguridad del paciente y el manejo médico legal del equipo profesional, se espera que el equipo de salud de cada CESFAM junto con la red local de urgencias desarrolle los Procedimientos para el manejo y derivación de incidentes asociados a la atención: Eventos Adversos (situación o acontecimiento inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida y que tiene o puede tener consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de enfermedad; incidente producido en traslado en ambulancia o móvil), Eventos Centinelas (situación o acontecimiento inesperado que puede producir la muerte o serías secuelas físicas o psicológicas o el riesgo potencial que esto ocurra), o asociados a la pesquisa de descompensaciones u otras situaciones de salud en el terreno.

5.1.2 MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 1

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de los talleres del Programa en otros formatos. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos, manteniéndose la frecuencia de las actividades e idealmente su duración según las posibilidades locales.

En caso de localidades con acceso limitado por medios remotos (por déficit en acceso a equipo, niveles deficitarios de alfabetización digital, limitación de datos móviles, entre otros), es posible modificar la ejecución de las actividades del programa, mediante la entrega de material para el autocuidado y estimulación funcional en formato físico a los participantes, para el desarrollo de actividades en el hogar. Dentro de esto, se reconoce la opción de entregar manuales o cuadernillos y materiales para actividades a las personas mayores, con las correspondientes acciones de seguimiento por parte del equipo de salud.

Según las posibilidades de cada localidad se puede desarrollar el programa combinando actividades remotas con la entrega de material para el desarrollo en forma individual por parte de la persona mayor en el hogar y otras actividades para el logro de los objetivos del programa en forma excepcional cuando las condiciones epidemiológicas no permitan la actividad presencial o cuando las personas residan en lugares aislados sin posibilidad de reunirse para los talleres. **Estas excepciones deben ser informadas y respaldadas ante el Servicio de Salud respectivo, quien validará la pertinencia de las mismas, de acuerdo a la evaluación y acompañamiento técnico permanente realizado por el Servicio de Salud a las duplas del programa y equipos de APS en general.**

Para el Ingreso al Programa, cuando éste se encuentre desarrollando acciones remotas por limitación de las actividades presenciales, se utilizará el Cuestionario de Ingreso Remoto al Programa, el que deberá enmarcarse dentro de las acciones de continuidad de atención para las personas mayores por parte de los establecimientos de APS que ejecuten el Programa, facilitando las derivaciones pertinentes en caso de pesquisa de situaciones que ameriten atención por parte del equipo de salud y que no reemplaza el Examen de Medicina Preventivo. Para la evaluación de ingreso y egreso remoto se establece la utilización del Cuestionario de Funcionalidad HAQ-8 modificado para el Programa, no siendo posible la aplicación del Test Timed Up and Go por su aplicación presencial.

El Registro de las Actividades Remotas del Componente 1 se mantiene en el REM Serie A, habiéndose homologado las actividades remotas con las presenciales cuando cumplan con las características de objetivos, frecuencia y duración establecida para las actividades presenciales. Se establece dentro de las actividades para promover la continuidad de la intervención, las relacionadas con acompañamiento de las personas mayores, por vía telefónica, radial, de redes sociales, u otras actividades de APS como la visita domiciliaria. Se indica la complementariedad de las actividades del programa dentro de las dispuestas en cada centro de salud, para favorecer el seguimiento de las personas mayores y la adherencia a los cuidados consensuados con el equipo de salud.

Si existen situaciones de fuerza mayor que impliquen modificar las actividades afectando el rendimiento y la organización habitual del trabajo del programa, se deberá presentar un Plan de Trabajo al Servicio de Salud correspondiente, incorporando el desarrollo de los dos componentes del programa, para su aprobación. En este Plan es posible considerar un eventual ajuste en las metas de cobertura, el que debe ser consensuado con la División de Atención Primaria.

5.2. COMPONENTE 2: FOMENTO DEL AUTOCUIDADO Y ESTIMULACIÓN FUNCIONAL EN LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y SERVICIOS LOCALES.

El objetivo es entregar un servicio de fomento del envejecimiento activo y positivo a la red local compuesta por organizaciones de personas mayores y servicios locales. Basa su intervención en el desarrollo de un proceso diagnóstico participativo para la acción mediante el mejoramiento de capacidades colectivas e intersectoriales para el envejecimiento de las comunidades. Comienza con la identificación de características locales que entregan un mayor conocimiento al equipo del programa respecto a la realidad de las comunidades intervenidas, facilitando la adaptación del programa al contexto local y planificación pertinente de actividades. Además, se realiza un Catastro de Organizaciones Sociales de PM (o se actualiza la base de datos), y un Catastro de Servicios Locales con oferta para PM (o respectiva actualización). Posteriormente, corresponde la realización de la etapa de diagnóstico participativo, en la que se trabaja en el levantamiento de necesidades y propuestas para el Autocuidado de PM, para determinar los contenidos de la Capacitación de Líderes Comunitarios del Programa. En él participan PM vinculadas al programa a través del Componente 1, equipos de salud, integrantes de servicios locales, otras entidades y autoridades. Usando metodología participativa, se generan espacios reflexivos y de diálogo para conocer cuáles son los aspectos identificados como relevantes y necesarios de abordar en torno al autocuidado y estimulación funcional de las PM y se priorizan según importancia en cada comunidad. A partir de ello se genera junto a las PM, la Planificación de la Capacitación de Líderes Comunitarios. Éstos corresponden a PM de organizaciones formales o informales que generan acciones en sus grupos tendientes a potenciar los logros del programa mediante la continuidad de acciones de autocuidado, entre las que se cuentan el acceso a información clave para las PM, la estimulación funcional física y cognitiva, apoyo en gestión de beneficios, promoción de derechos de las PM, entre otras. Se ha visto como necesario para mejorar este componente el contar con acciones de acompañamiento por parte del equipo del programa hacia estos líderes y sus grupos, para favorecer el reconocimiento entre sus pares, generar espacios de aprendizaje continuo y retroalimentación respecto a su práctica en las organizaciones y potenciar la interfase entre ambos componentes.

Etapas del proceso a realizar por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales

Se describen etapas claves para el desarrollo de este componente, las que según el nivel alcanzado por el Programa en cada localidad pueden seguir el orden propuesto o desarrollarse en forma simultánea.

1. Organización de la información para la gestión local.

Se espera que las comunas o establecimientos, desarrollen:

- **Catastro de Organizaciones Locales Actualizado de personas mayores o destinadas al trabajo con personas mayores**, que identifique las organizaciones en cuanto a su perfil organizacional y relación con el Programa. Como ejemplos de

organizaciones se considera una agrupación de personas mayores, club de adulto mayor, centro de madres, club deportivo, etc. Este catastro debe ser actualizado en forma anual por el programa, de modo de tener actualizados los datos sobre vigencia y contacto con las organizaciones. Este instrumento sirve además para identificar aquellas organizaciones en las que ya se ha desarrollado el Programa de Estimulación Funcional, aquellas en las que se cuenta con Líderes Comunitarios del Programa, las que se han pesquisado con menor cobertura de EMPAM, etc. Para organizar las intervenciones a desarrollar, procurando alcanzar la mayor cobertura de organizaciones con acciones promocionales y preventivas de salud y favoreciendo la corresponsabilidad en salud.

- **Catastro de Servicios Locales Actualizado que dé cuenta de la oferta programática local para las personas mayores**, incorporando aquellos servicios locales relacionados directamente con la población adulto mayor y también aquellos que dentro de su oferta programática cuentan con estrategias que benefician a la población mayor. **Este catastro identifica a los servicios que incorpora y su relación con el Programa.** Por ejemplo, oficina municipal del adulto mayor, dirección de deportes, departamento de acción social, biblioteca municipal, universidades, escuelas, etc. Este catastro debe identificar además el nivel de relación intersectorial que existe entre el centro de salud y el servicio local, procurando pasar del nivel de relación incidental al desarrollo de planes de trabajo intersectoriales que fomenten el Envejecimiento Activo, Autocuidado y Estimulación Funcional de las Personas Mayores.
 - **Mapa de Red Local con Organizaciones Sociales y Servicios**, que representa la localización y la vinculación con el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes y la red sociosanitaria de la que forman parte, para orientar el trabajo del equipo y la información entregada a los participantes de ambos componentes del programa, en cuanto a posibilidades de continuidad de Estimulación Funcional y Autocuidado en la red Local. Puede incorporar herramientas tecnológicas de georreferenciación para favorecer la gestión territorial y las acciones de promoción y prevención de salud en personas mayores.
 - **Guía u otro elemento que entregue la información identificada por este componente a las personas mayores (Guía, Manual, otro)** en lo respectivo a los Servicios disponibles en cada localidad, su localización, la vinculación con el programa y las formas de acceso de las personas a ellas.
2. **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios**

Dentro del desarrollo progresivo de obtención de información y propuestas de intervención en promoción y prevención de salud, junto a la comunidad, se realizará el Proceso de Diagnóstico Participativo, el que deberá tener como mínimo las siguientes etapas desarrolladas y actualizadas para un período de tiempo máximo de dos años:

- **Diagnóstico Situacional:** Que mediante el análisis de los antecedentes sociodemográficos y sanitarios más relevantes para la población objetivo del programa, de la implicancia de los determinantes sociales de la salud y de antecedentes aportados por informantes claves (miembros del equipo de salud, de servicios locales, de organizaciones sociales y comunidad no organizada, etc.), aproxime al equipo a la situación en que se encuentra la población adulta mayor en la comuna y permita determinar algunas características y necesidades de la población con que trabajan para planificar las actividades del Programa.
- **Diagnóstico Participativo sobre las necesidades y propuestas de capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional de personas mayores:** Realizado junto a las organizaciones sociales participantes del programa y/o sus representantes, comunidad no organizada e intersector vinculado al programa, para conocer los requerimientos específicos en cuanto a capacitación de Líderes Comunitarios en Estimulación Funcional y Autocuidado de la Salud de las personas mayores. Este Diagnóstico debe considerar como fundamentales la participación voluntaria e informada sobre el proceso diagnóstico que efectúa el Programa y la validación de la información construida. Es preciso considerar que la información obtenida debe generar acciones conjuntas para mejorar la situación actual de las

personas mayores, con respecto a los ámbitos de acción del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

- **Plan de Acción resultante del Diagnóstico Participativo:** Comprende el Programa de Capacitación de los Líderes comunitarios y puede incorporar también Planes de Trabajo intersectoriales, entregando los objetivos, metodología y plan de acompañamiento de los líderes comunitarios capacitados. Este plan de acción debe ser realizado junto con las personas mayores participantes, validando las propuestas presentadas y en acuerdo con los contenidos y líneas de trabajo.

Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades identificadas por las personas mayores y situaciones contingentes. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

3. Diseño y ejecución de estrategias locales para el Fomento del Autocuidado y Estimulación Funcional en la Red Local

- **Capacitación de Líderes Comunitarios para el Autocuidado y Estimulación Funcional en sus organizaciones:** La capacitación de líderes comunitarios en autocuidado y estimulación funcional, es realizado de acuerdo a los resultados del diagnóstico participativo y actualizado con antecedentes presentes al momento de desarrollar la capacitación. Considera la priorización de temáticas a abordar, el desarrollo progresivo de habilidades entre los líderes, que puede verse apoyado desde la participación previa o posterior en el componente 1 del programa. Incluye además el aporte de otros miembros del equipo de salud y del intersector. Requiere que la dupla profesional contemple actividades para planificar la capacitación y ejecutarla con las personas mayores. Las actividades de capacitación, seguimiento y acompañamiento de los Líderes Comunitarios se realizan en forma continua dentro del año de ejecución del Programa.

Se espera que entregue material para la realización de actividades de estimulación funcional y autocuidado en las organizaciones sociales, lo que puede ser financiado mediante recursos gestionados a nivel local y apoyado con recursos del programa. Se recomienda resguardar la entrega de materiales mediante documentos por escrito y generar compromisos de trabajo conjunto.

Por otra parte, se deben planificar y ejecutar actividades de acompañamiento a los líderes y capacitados por el programa y sus organizaciones, para actualizar conocimientos, resolver inquietudes y el fomento de la corresponsabilidad en salud en las organizaciones, entre otras. Se debe promover la conexión de los líderes con otras actividades desarrolladas en el sector salud en torno al autocuidado, participación, intersector y proyectos alusivos a los intereses de las personas mayores y los roles de los líderes comunitarios del programa en su territorio.

- **Planes Intersectoriales entre los Centros de Salud y los Servicios Locales para Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo:** Los planes intersectoriales corresponden a instrumentos elaborados en conjunto por el sector salud y otros sectores (externos al sector salud) identificados a nivel local, para el desarrollo de la articulación entre instituciones destinadas en forma parcial o total a la provisión de bienes o servicios a personas mayores, teniendo como eje central la atención centrada en la persona, tendiendo a superar la atención centrada en los servicios.

Las necesidades planteadas por las personas mayores deben primar en la definición de los problemas a abordar con el intersector. Además, se deben considerar aquellos aspectos que concitan el interés de los otros sectores, los factores asociados y las posibilidades de aportar en conjunto a las soluciones de los problemas. El plan de trabajo intersectorial corresponde a un proceso de trabajo, con un propósito y objetivos del trabajo conjunto entre los sectores, que debe contar con planificación de actividades y determinación de recursos, monitoreo de las mismas que evidencian el progreso en el área abordada y una evaluación que informe sobre los resultados alcanzados. Se espera que anualmente se ejecuten y evalúen los Planes Intersectoriales por parte de los servicios involucrados y con representantes de personas mayores participantes del programa.

Esta estrategia requiere la planificación y ejecución de actividades de coordinación, evaluación y seguimiento conjuntas con el intersector. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.

MODIFICACIÓN DE LA MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROGRAMA Y AJUSTES EN EL COMPONENTE 2

Frente a la existencia de condiciones que limiten el desarrollo presencial del programa según la anterior descripción, se deberá promover la adaptación de las formas de contacto y realización de las actividades del Componente 2. Se valida la posibilidad de realizar acciones a distancia mediante el uso de dispositivos tecnológicos y otras actividades que permitan el logro de los productos y el contacto con Líderes Comunitarios e Intersector para el desarrollo adaptado del componente (Visita domiciliaria, contacto por teléfono, radio, redes sociales, otros)

Las organizaciones que cuentan con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa y de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo, independiente del formato de realización (presencial o a distancia) mantiene su registro en el REM serie A, dada la homologación de actividades de capacitación de Líderes y Planificación Intersectorial remotas y presenciales.

Es posible que durante situaciones que limiten el trabajo presencial con los Líderes Comunitarios o el Intersector, por protección de las personas mayores y del equipo de salud, el trabajo intersectorial no permita el desarrollo habitual y seguimiento de Planes, por lo que se debe evaluar su pertinencia y considerar otros elementos que según cada realidad y momento, sean de mayor utilidad para el fomento del envejecimiento activo y positivo como, por ejemplo, flujogramas conjuntos de trabajo, acuerdos para atención sociosanitaria de situaciones de riesgo de personas mayores, entre otros. Estas situaciones deben ponerse en conocimiento del Referente Técnico del Servicio de Salud, para su conocimiento y orientación al respecto.

5.3 COMPONENTE 3: PLAN DE FORMACIÓN PARA EQUIPOS DEL PROGRAMA MÁS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES

Este componente se encuentra contenido en el rediseño del programa aprobado por MDS. Su aplicación desde el año 2023 permite el desarrollo y refuerzo de conocimientos y competencias en los equipos del programa Más Adultos Mayores Autovalentes para la atención promocional y preventiva en personas mayores y el trabajo comunitario en salud.

Consiste en el desarrollo de actividades de capacitación destinadas a reforzar áreas técnicas y operativas del programa entre los Referentes de Servicios de Salud y equipos de APS que desarrollan el programa, entendiéndose duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

La participación de los equipos de salud podrá efectuarse en forma remota y/o presencial según la planificación anual comunicada desde la División de Atención Primaria y los Servicios de Salud.

Los equipos de APS (duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes) deben participar en las actividades de este componente, según comunicación desde cada Servicio de Salud, correspondiendo su asistencia a actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, nivel Macro zonal o Nacional, convocadas en modalidad remota o presencial. Estas actividades se llevarán a cabo en coordinación con otras líneas programáticas relacionadas con capacitación y cuidado integral de personas mayores procurando el perfeccionamiento continuo de los conocimientos y competencias para la atención promocional y preventiva de personas mayores y la gestión del programa.

Las entidades administradoras que suscriben el convenio para la ejecución del programa Más Adultos Mayores Autovalentes deberán entregar las facilidades para la participación de las duplas del programa en las actividades de capacitación a nivel de Servicio de Salud, Macro zonal o Nacional, tanto presenciales como remotas, debiendo considerar que su participación y la formación en estas instancias de capacitación forma parte de la adecuada ejecución del programa, siendo evaluada para la continuidad del mismo, según se describe en los criterios de asignación del programa.

6. PRODUCTOS ESPERADOS

Los Servicios de Salud evaluarán el desarrollo de los productos del programa, en las actividades de acompañamiento en terreno y mediante la revisión de verificadores.

6.1. Productos esperados del desarrollo del Componente 1:

1. Personas de 60 años y más que cumplan con los criterios de inclusión, ingresados al Programa de Estimulación Funcional una vez al año: Las personas ingresadas cumplen con los criterios establecidos, no existiendo ingresos de personas sin los criterios de

inclusión y no existiendo interrupción del acceso de las personas mayores al programa, por desarrollo de otras actividades ajenas al mismo.

Los verificadores de este producto son los listados de asistencia, la planificación de los talleres, el registro en ficha clínica de la actividad de ingreso y el registro en REM.

2. Ciclos de 24 sesiones del Componente 1, en un periodo de 3 meses: Los ciclos se ciñen a este número de sesiones y no se determina arbitrariamente a nivel local su disminución o aumento en cuanto a período de tiempo y frecuencia.
3. Personas mayores ingresadas al programa participaron en al menos **20** sesiones dentro de un ciclo de 24 sesiones para ser egresadas. **Se considerará desarrollo inadecuado del programa cuando arbitrariamente se egrese a las personas en periodos de intervención menor o mayor a este.**

Verificadores de los productos 2 y 3 son el respaldo de la programación de los talleres, de la evaluación final de cada persona mayor, el listado de asistencia con el correspondiente registro de las sesiones a las que asiste la persona, la entrevista aleatoria a personas mayores, los elementos de registro de citaciones al programa que usan las personas mayores, el registro en ficha clínica al egreso del componente 1 y otros según pertinencia local.

4. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mantienen su condición funcional, evaluados con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.
5. Personas mayores que egresan del Programa de Estimulación Funcional mejoran su condición funcional, evaluadas con Test Timed Up And Go y Cuestionario de Funcionalidad.

Verificadores de los productos 4 y 5, son el registro en ficha clínica al ingreso, y al egreso del programa de las personas que completan ciclos con los respectivos resultados obtenidos en ambas evaluaciones y la evaluación con REM.

6. El Componente 1 se compone de 24 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Motoras y Prevención de Caídas; 12 sesiones del Taller de Estimulación de Funciones Cognitivas y 12 sesiones del Taller de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, desarrolladas según la modalidad descrita para el componente mediante actividades que combinan los distintos talleres y consideran la participación de ambos profesionales de las duplas y de las personas mayores.

Verificador de este producto se obtiene de la programación y ejecución de las actividades propias del programa, de las visitas de supervisión y acompañamiento técnico por parte de Referente del Servicio de Salud a la dupla del programa, registro audiovisual de las sesiones, entrevista a personas mayores.

7. Evaluación Participativa de cada ciclo del Programa para incorporación de mejoras en el componente 1. En cada cierre de ciclo de intervención a cada grupo, se genera un espacio de diálogo y reflexión para conocer la percepción de las PM sobre el desarrollo del componente, sus aprendizajes y propuestas de mejora. Esta información debe quedar consignada junto a las acciones resultantes para el seguimiento por parte del Programa a nivel local y de Servicio de Salud.

Verificador de la Evaluación Participativa, es la sistematización de las evaluaciones participativas presentadas en los cortes de agosto y diciembre y las respectivas propuestas de planificación y ejecución de esta actividad al cierre de los ciclos respaldada con información entregada por escrito, registro audiovisual u otro que respalde la participación de las personas mayores y resuma los resultados y propuestas de estas evaluaciones.

8. Protocolo de Procedimientos para el Manejo de Eventos Centinelas, Eventos Adversos y descompensaciones u otras situaciones de salud pesquisadas en las actividades del programa, formulado y validado con los centros de salud y servicios de urgencia respectivos, que opere frente a los eventos descritos.

Este protocolo debe encontrarse incorporado en el protocolo general del centro de salud, estas firmado por autoridades del establecimiento o comuna, bajo formato y con fecha vigente.

Verificador de este producto es el documento descrito validado por los representantes de los servicios involucrados y las acciones de validación y comunicación del mismo al equipo de salud.

9. Esquema de atención y cuidado integral de personas mayores en los centros de salud incluye al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- Cada comuna o establecimiento en que se desarrolle el programa deberá organizar la atención de personas mayores, facilitando el acceso, y el cuidado integral y continuo mediante las atenciones disponibles por el Plan de Salud Familia, PRAPS, otras garantizadas por el GES y las disponibles a través de Tele Geriátría u otra de atención remota, incorporando el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes dentro de las estrategias de atención promocionales y preventivas de personas mayores y reforzando su participación dentro de la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral.
- Para este desarrollo se deberá coordinar fuertemente el trabajo en cada sector del CESFAM con los equipos involucrados en la atención de personas mayores y las distintas líneas de atención en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Para el soporte técnico de este desarrollo se deberá fortalecer la integración para el acompañamiento conjunto e integrado por parte de los Referentes de Servicio involucrados (Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Personas Mayores, MAIS, Salud Mental, Cardiovascular, Promoción, entre otros), siendo el equipo gestor de la ECICEP del Servicio de Salud el espacio para ello.
- Verificador de este producto son los esquemas de atención de personas mayores diseñados, validados y comunicados a los equipos de cada centro de salud incluyendo todos los estamentos, las actas de reunión respectivas y otros según pertinencia local.
10. Esquemas de integración Sociosanitarios Locales incluyen el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.
- Dentro de la implementación del programa, en su continua mejora para el acceso de las personas mayores a las prestaciones del componente 1 y, para el acompañamiento en la resolución de necesidades o acceso a servicios, se debe establecer en forma organizada el trabajo con los Servicios Locales, definiendo formatos accesibles de entrega de información y mecanismos de comunicación que faciliten el tránsito de las personas mayores entre servicios de diferentes sectores.
- Verificador de este producto son los flujogramas intersectoriales de organización de la atención de personas mayores, actas de reuniones intersectoriales y otros según pertinencia local.
11. La dupla del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes se encuentra incorporada en el equipo de salud, participando en las actividades de los centros de salud. Al mismo tiempo las actividades de los Talleres de Autocuidado y Estilos de Vida Saludable, cuentan con la participación de otros integrantes del equipo de salud, bajo la modalidad educativa determinada para el Programa.
- Verificador: Actas de reuniones, informe de actividades.
12. Organizaciones Sociales de personas mayores ingresan al Programa de Estimulación Funcional. Se realizan actividades de difusión a organizaciones sociales de personas mayores para participar del Componente 1.

6.2. Productos esperados del desarrollo del Componente 2:

1. Acciones de difusión y coordinación del Programa con el intersector y la comunidad: Se realizan las acciones descritas por parte del Programa en coordinación con los respectivos centros de salud, promoviendo la difusión de los mecanismos de ingreso al Programa y la coordinación con el intersector para la evaluación de áreas en que se requiere una planificación conjunta.
2. Organizaciones Sociales Locales de y para personas mayores son reportadas en el Catastro de Organizaciones Sociales: El Catastro de Organizaciones Sociales da cuenta del N° de Organizaciones existentes a nivel local.
3. Servicios locales con oferta programática para personas mayores se incluyen en el Catastro de Servicios Locales y son ingresados al Programa: El Catastro de Servicios Locales con oferta programática para personas mayores da cuenta de los servicios existentes a nivel local.
4. Mapa de Red Local o elemento construido en forma colaborativa que cumpla funciones de entrega didáctica de información para apoyo al equipo del centro de salud (y otros servicios) para las gestiones con organizaciones sociales y servicios locales. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.

5. Guía u otro elemento para usuarios personas mayores u organizaciones sociales, de construcción participativa, que mencione los servicios disponibles para personas mayores en cada territorio y su caracterización. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
6. Diagnóstico Situacional y Diagnóstico Participativo para: definición de necesidades de capacitación de Líderes Comunitarios en Autocuidado y Estimulación Funcional diseñado y/o evaluación del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios. La vigencia de la información contenida tiene un plazo máximo de dos años.
7. Plan de Capacitación de Líderes Comunitarios ejecutado anualmente. Se recomienda que los Planes de Capacitación consideren dos años de trabajo con las organizaciones y los Líderes Comunitarios mediante acciones de capacitación, seguimiento y acompañamiento técnico. Se deberán ajustar estos planes frente a nuevas necesidades surgidas de información actualizada entregada por las personas mayores o pesquisadas por el equipo del programa, en caso de ser necesario.
8. Plan(es) intersectorial(es) para fomento del envejecimiento activo y positivo ejecutados anualmente. Se recomienda que los Planes de Trabajo Intersectorial consideren un período de ejecución de dos años dependiendo del nivel de relación entre el programa o centro de salud y el servicio local.
9. Organizaciones Sociales que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa participan de actividades de acompañamiento por parte del equipo del programa: El Programa desarrolla en forma continua actividades de acompañamiento a los Líderes del Programa, destinadas a conocer el funcionamiento del trabajo con las organizaciones, nuevos requerimientos de educación para el autocuidado y estimulación funcional y a un trabajo más personalizado con cada una de los Líderes formados y sus organizaciones.

6.3 Productos esperados del desarrollo del Componente 3

- Participación de las duplas del programa Más Adultos Mayores Autovalentes (equipos de atención directa del programa, financiados con recursos del mismo) en las actividades de difusión, capacitación, acompañamiento técnico y evaluación a nivel de Servicio de Salud, Macrozona o Nacional, presenciales y remotas.
- Otras determinadas por el Servicio de Salud

7. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

El Servicio de Salud respectivo, evaluará el grado de desarrollo y cumplimiento del programa, conforme las metas contenidas en éste, cuyo cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por lo tanto, ambos componentes tendrán el mismo peso relativo. Los que se describen a continuación:

7.1. INDICADORES ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN: Metas de cumplimiento del programa cortes meses de agosto y diciembre para las comunas con dependencia municipal o establecimientos dependientes de Servicios de Salud u ONG.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta Agosto	Meta Diciembre	Verificador	Peso relativo
N°1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	$(\text{N}^\circ \text{ de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go}) / \text{N}^\circ \text{ de total personas que egresan del Programa}) \times 100$	80%	80%	REM	12.5 ¹

	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia}) + (N^{\circ} \text{ de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente}) / \text{Población comprometida a ingresar} \times 100^2$	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/N° de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 12	Promedio de 12	REM	10
N° 2:	Trabajo en Red Local	$(N^{\circ} \text{ de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta programática para personas mayores (total o parcial) en el período}) \times 100^3$	20%	40%	REM	20
	Capacitación de Líderes Comunitarios	$(N^{\circ} \text{ Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período}) \times 100^4$	20%	40%	REM	20

7.2. INDICADORES PARA MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA. NO ASOCIADOS A RELIQUIDACIÓN

Los siguientes indicadores se recomiendan para la evaluación y seguimiento del programa respecto de los resultados alcanzados por el programa en términos de cobertura e impacto, como parte del monitoreo realizado por los Servicios de Salud para un favorecer la adherencia del Programa y las intervenciones asociadas a mejora de la condición funcional. No representan indicadores asociados a reliquidación del Programa.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificación
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas mayores que egresan del programa} / n^{\circ} \text{ de personas mayores que ingresan al programa}) \times 100$	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al Egreso del Programa	$(N^{\circ} \text{ de personas que mejoran su condición funcional según TUG/n^{\circ} de personas que egresan del programa}) \times 100$	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1	Porcentaje	$(N^{\circ} \text{ de } \dots)$	increment	incremento	REM

de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/n° de personas que egresan del programa) x100	o de 5% respecto a línea base del año anterior.	de 5% respecto a línea base del año anterior.
--	---	---	---

10. FINANCIAMIENTO

Para efectos del financiamiento considerado por el programa se entenderá:

Recurso Humano: En ambas modalidades de asignación de recursos, se establece que la primera cuota deberá considerar la contratación del 100% del recurso humano destinado a implementar el Programa con una dupla compuesta según lo señalado en el programa por profesionales Kinesiólogo y Terapeuta Ocupacional, u otro profesional de salud capacitado en caso de demostrarse que no existe disponibilidad del recurso humano señalado y verificando que cumpla con los requisitos mencionados en este Programa.

El Programa financia el funcionamiento continuo para la atención durante los 12 meses del año. Por lo anterior, frente a situaciones de interrupción del programa y ejecución parcial del mismo o interrupción de la atención de personas mayores en algún periodo, el Servicio de Salud informará a la División de Atención Primaria, quien evaluará la redistribución de los recursos asociados.

El financiamiento de los materiales y otros costos asociados para las actividades se incluye dentro de los ítems:

Capacitación de Líderes Comunitarios y Trabajo Intersectorial: Elementos para el confort del taller de los participantes del programa y la capacitación de líderes comunitarios como alimentos saludables, hervidor, bolsos, poleras u otros para uso de líderes comunitarios, equipo del programa y participantes en general. Pueden ser usados en la compra de elementos que permitan la generación de material como impresora, termo laminadora, anilladora, etc. Incorpora también el costo asociado a actividades de difusión y comunicación con los participantes de los talleres, el intersector y el acompañamiento de los líderes comunitarios, como material de difusión impreso, manuales para los líderes comunitarios, elementos de identificación, teléfono celular prepago, teléfono celular con plan de datos, licencias de plataformas de comunicación, computadores, Tablet, entre otros.

Insumos: Materiales destinados a las actividades de los Talleres del Programa de Estimulación Funcional, tanto para estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable. Incluye materiales para ejercicios físicos, cognitivos, para el entrenamiento y la adquisición de habilidades de autocuidado, y elementos tecnológicos y no tecnológicos, para favorecer y reforzar el aprendizaje de las personas mayores y facilitar el desarrollo de los talleres. Incluye la adquisición de materiales para entrega a las personas mayores a fin de dar continuidad a las actividades en su hogar u organizaciones sociales según evaluación del equipo. Además, se considera la opción de utilizar este ítem para financiar elementos destinados a innovación en los talleres de estimulación funcional y autocuidado según los requerimientos de cada territorio.

Mobilización: Ítem destinado para apoyar a comunas y establecimientos en la movilización e informados en la distribución de recursos. Para financiar los gastos asociados a la movilización de la dupla en terreno y el apoyo de la movilización de personas mayores participantes del programa de sectores aislados y de líderes comunitarios capacitados por el programa.

El Servicio de Salud, es quien supervisa la correcta utilización de los recursos del programa según la descripción presentada. Es posible realizar modificaciones en la asignación y utilización de los recursos correspondientes a Insumos, Capacitación y Mobilización, considerando criterios de equidad, de acortamiento de brechas y técnicos que incidan en el otorgamiento continuo de las prestaciones del programa y que permitan el logro de sus objetivos.

Modalidad Rural del Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes: En casos excepcionales, en que las condiciones de dispersión geográfica u otras propias de la población en comunas rurales (distancias entre los usuarios y lugares de realización de los talleres, dificultades de traslado de los participantes, desarrollo de actividades laborales por parte de las personas mayores, dinámica de reuniones de la organización intervenida, factores climáticos, entre otras), que limiten la ejecución del programa según los lineamientos establecidos, el Servicio de Salud respectivo podrá solicitar a la División de Atención Primaria, autorización para modificar el desarrollo del programa y modificar las metas establecidas, presentando un plan de trabajo de la comuna y de acompañamiento por parte del Servicio de Salud.

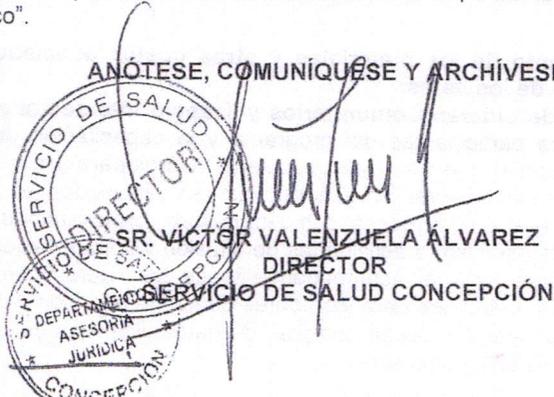
2.- **EJECÚTESE** el presente convenio de acuerdo con las nuevas condiciones establecidas para el año 2023, hasta el 31 de diciembre de la presente anualidad.

3.- **ESTABLÉZCASE** que, una vez finalizado dicho periodo de vigencia, la Municipalidad deberá restituir aquellos montos transferidos que no hayan sido invertidos y/o ejecutados en conformidad a los objetivos de este convenio, conforme a las indicaciones de la ley de presupuestos vigente para el año en curso.

4.- **IMPÚTESE** el gasto que irrogue el presente convenio al ítem 24-03-298-02 Atención Primaria.

5.- **PÚBLIQUESE** el presente acto administrativo en el portal de transparencia activa de este servicio público".

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE


SR. VÍCTOR VALENZUELA ÁLVAREZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN

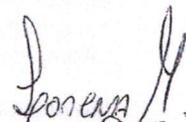
RESOL. INT.2R/ 128 / 30.03.2023

DISTRIBUCION:

- Depto. de Gestión de Recursos Financieros de APS-MINSAL
- **Municipalidad de Lota**
- Depto. Finanzas SSC – digital
- Oficina de Partes
- Archivo

Lo que transcribo fielmente
MINISTRO DE FE




LORENA MANCILLA FIGUEROA